

Antecedentes Clínicos

Declaración Jurada de Salud

| Int. | Apellido y Nombre/s | Sexo | Peso | Alt. | T. Arterial | F. U. M. | F. U. Chequeo * | Fuma | Tel. p/WhatsApp |
|------|---------------------|------|------|------|-------------|----------|-----------------|------|-----------------|
| 00 | | | | | | / / | / / | | |
| 01 | | | | | | / / | / / | | |
| 02 | | | | | | / / | / / | | |
| 03 | | | | | | / / | / / | | |
| 04 | | | | | | / / | / / | | |

* Clínico/Pediátrico.

Fecha / /

Datos de Salud Responder con referencia al titular e integrantes del grupo familiar a asociar (sigue al dorso).

| Cuestionario | Sí/No | Quién/es | Breve Detalle |
|--|-------|----------|---------------|
| 1. ¿Antecedentes neurológicos, psicológicos y psiquiátricos? (convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, cefalea/migraña, parálisis, depresión, trastornos del habla/ del lenguaje/de conducta, ACV, discapacidad neurológica/psiquiátrica). | | | |
| 2. ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, presión ocular elevada, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos? Especifique graduación. | | | |
| 3. ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? (hipoacusia/sordera, apneas/ronquidos, etc.). | | | |
| 4. ¿Trastornos metabólicos? (diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad actual o previa, etc.). | | | |
| 5. ¿Se aplica insulina o utiliza medicación para la diabetes? | | | |
| 6. ¿Alteraciones pleurales y/o pulmonares? (asma, tuberculosis, bronquitis crónica, infecciones, expectoración con sangre, internaciones por broncoespasmo, etc.). | | | |
| 7. ¿Nódulo, quiste, tumores de mama? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica en la mama? En caso positivo, adjuntar los informes. | | | |
| 8. ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, trastornos circulatorios arteriales? | | | |
| 9. ¿Le han realizado estudios cardíacos por alguna alteración? ¿Cuáles? ¿Cuándo? En caso positivo adjuntar los informes. | | | |
| 10. ¿Alteraciones digestivas? (úlceras, gastritis, hernias, hepatitis, cálculos en la vesícula). | | | |
| 11. ¿Ha sido sometido/a a alguna cirugía digestiva? (de vesícula, apéndice, bariátrica, etc.). | | | |
| 12. ¿Ha tenido pólipos intestinales, por ejemplo de colon? ¿Familiares con tumores del aparato digestivo? Especifique fecha y anatomía patológica. | | | |
| 13. ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de ganglios? | | | |
| 14. ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia? | | | |
| 15. ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales, testículos, pene, etc.? | | | |
| 16. ¿Ha tenido dificultades para quedar embarazada? ¿Se ha realizado estudios y/o tratamientos por esterilidad? | | | |
| 17. ¿Afecciones ginecológicas u obstétricas: abortos recurrentes, uso de heparina en embarazo? Endometriosis, hemorragias, quistes, miomas/ fibromas, otros. Embarazo en curso. | | | |
| 18. ¿Afecciones musculares y/o de los huesos: columna, cadera, rodilla, manos, hernia de disco, escoliosis? ¿Ha sido sometido/a a cirugías? | | | |
| 19. ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? | | | |

